

TRABAJO FIN DE MÁSTER

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES SOBRE COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES Y HÁBITOS SALUDABLES: IMPACTO EN LAS CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD”

Alumna: GALINDO ZAPATA, ESTELA

Tutor: Dr. CAYUELA FUENTES, PEDRO SIMÓN

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2019-2020

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Investigador principal: Estela Galindo Zapata

Lugar de trabajo: Servicio Murciano de Salud

Localidad: El Algar

Código Postal: 30366

Tfno. Móvil: 620325775

Email: estelagalindo4.0@gmail.com

Título del Trabajo de Investigación

“Intervención educativa en adolescentes sobre competencias socioemocionales y hábitos saludables: impacto en las conductas de riesgo para la salud”.

Pregunta en formato PICO

P (población): Adolescentes entre 12 y 16 años.

I (intervención): Aplicación de tres sesiones educativas sobre hábitos saludables y tres sesiones de promoción de habilidades socioemocionales.

C (comparación): Aplicación de tres sesiones educativas sobre hábitos saludables.

O (objetivo): Reducción de las conductas de riesgo, aumento del nivel de autoestima y adquisición de competencias socioemocionales para afrontar situaciones de riesgo para la salud.

Descriptores

Inglés: Adolescent, Risk-taking, Health Education, Social Skills, Emotional Intelligence.

Español: Adolescente, Conducta de Riesgo, Educación para la Salud, Habilidades Sociales, Inteligencia Emocional.

Fdo. 

RESUMEN:

Introducción: En la población adolescente es frecuente hallar un déficit de competencias socioemocionales, hecho que se pone de manifiesto en situaciones de influencia social y que puede traducirse en comportamientos de riesgo para la salud. Se sugiere que programas educativos basados en hábitos saludables y en promoción de competencias socioemocionales podrían regular estas conductas.

Objetivo: Constatar una reducción en las conductas de riesgo para la salud en población adolescente entre 12 y 16 años tras finalizar una intervención educativa acerca de hábitos saludables y habilidades socioemocionales.

Metodología: Se pretende realizar una intervención comunitaria, un ensayo clínico aleatorizado, con grupos paralelos de población adolescente entre 12 y 16 años del IES Mediterráneo, ubicado en la zona básica de salud de San Antón (Área II del Servicio Murciano de Salud). Se seleccionará una muestra de 92 escolares de forma aleatoria, estratificada y proporcional por curso. Se compararán dos intervenciones: la Intervención A se aplicará en tres sesiones educativas sobre hábitos saludables y la Intervención B constará de las tres sesiones anteriores y tres más sobre promoción de habilidades socioemocionales. Se realizarán medidas pre y postratamiento así como de seguimiento a través del cuestionario Health Behaviour in School-aged Children sobre participación en comportamientos de riesgo, la Escala de Habilidades Sociales, la Escala de Rosenberg para medir el nivel de autoestima y la escala Trait Meta-Mood Scale para evaluar las dimensiones de la inteligencia emocional.

Resultados: Se podría contribuir a esclarecer los factores que intervienen en la realidad de este tipo de comportamientos desde una perspectiva saludable y socioemocional. La implementación de estos programas podría servir de avance a la comunidad científica pertinente, siempre que se establezca un esfuerzo coordinado entre el sector salud y el sector educación.

Palabras clave: Adolescente, Conducta de Riesgo, Educación para la Salud, Habilidades Sociales, Inteligencia Emocional.

ABSTRACT:

Introduction: Among the adolescent population it is common to find a deficit of socio-emotional competences, a fact that is evident in situations of social influence. This can be translated into health-threatening behaviors. It is suggested that educational programs based on healthy habits and promotion of socio-emotional competencies could regulate these behaviors.

Objective: To verify a reduction in risky health behaviors in the adolescent population between 12 and 16 after completing an educational intervention on healthy habits and socio-emotional skills.

Design and methodology: The intention is to carry out a community intervention through a randomized clinical trial, with parallel groups of adolescents between 12 and 16 in the Mediterranean HEI, located in the basic health area of San Antón (Area II of the Murcian Health Service). A sample of 92 schoolchildren will be selected in a random, stratified and proportional manner by grade. Two interventions will be compared: Intervention A will be applied in three educational sessions on healthy habits and Intervention B will consist of these three sessions plus three more on promotion of socio-emotional skills. Pre and post treatment as well as follow up measures will be carried out through the Health Behavior in School-aged Children questionnaire on participation in risk behaviors, the Social Skills Scale, the Rosenberg Scale to measure the level of self-esteem and the Trait Meta- Mood Scale to assess the dimensions of emotional intelligence.

Results: It could help to identify the factors that intervene in the reality of this type of behavior from a healthy and socio-emotional perspective. The implementation of these programs could serve as an advance to the pertinent scientific community, provided that a coordinated effort is established between the health and the education sector.

Keywords: Adolescent, Risky Behaviour, Health Education, Social Skills, Emotional Intelligence

INDICE

1. Justificación	página 6
a) Antecedentes y estado actual del tema	página 6
b) Bibliografía más relevante	página 8
2. Hipótesis y Objetivos	página 10
3. Material y métodos	página 11
a) Diseño de estudio	página 11
b) Población diana y población de estudio	página 11
c) Criterios de inclusión y exclusión	página 11
d) Cálculo del tamaño de la muestra	página 12
e) Método de muestreo	página 12
f) Método de recogida de datos	página 12
g) Variables	página 14
h) Descripción de la intervención	página 15
i) Descripción del seguimiento	página 16
j) Estrategia de análisis estadístico	página 17
k) Programa estadístico	página 17
4. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	página 17
5. Estrategia de búsqueda bibliográfica	página 18
6. Calendario y cronograma previsto para el estudio	página 19
7. Limitaciones y posibles sesgos	página 20
8. Consideraciones éticas	página 21
9. Personal que participará en el estudio	página 21
10. Instalaciones. Instrumentación	página 22
11. Presupuesto	página 22
12. Bibliografía	página 23
13. Anexos	página 26

JUSTIFICACIÓN. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La adolescencia se entiende como una etapa crítica del desarrollo marcada por importantes cambios físicos, cognitivos, y socioemocionales. El fruto de estos cambios madurativos actúa, de forma habitual, como un precedente para lograr una mayor autonomía y poder alcanzar el crecimiento personal propio de la etapa adulta. Sin embargo, en ocasiones, el resultado final difiere considerablemente del esperado. Siguiendo esta línea se puede encontrar la adopción de conductas alejadas de la norma social que conllevan un riesgo para la salud¹.

Adolescencia y vulnerabilidad son dos conceptos que están interrelacionados ya que es, en este periodo, cuando tiene lugar la configuración de la personalidad coincidiendo, además, con el inconveniente de verse deteriorados los procesos de comunicación intrafamiliar. La importancia concedida, hasta ahora, a los padres es reemplazada por el grupo de iguales y las relaciones interpersonales fuera del seno familiar se convierten en el centro de la conducta del adolescente. La aceptación social y el sentimiento de pertenencia al grupo, unidos a la necesidad de alejarse del círculo familiar conllevan a un falso sentimiento de autoeficacia influyendo, a menudo, negativamente en la toma de decisiones².

Se entiende como comportamiento de riesgo, aquella acción reiterada que, sin tener en cuenta algunas limitaciones establecidas, puede poner en peligro el desarrollo biopsicosocial normal de los adolescentes, con consecuencias que tengan un perjuicio para su vida presente y futura³. Es decir, toda actividad que aumente la probabilidad de perder la condición de salud y que contribuye a una muerte prematura o discapacidad¹. Estas conductas pueden ser consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, abuso de otras sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, sexualidad no responsable, falta de control emocional, violencia, etc³.

Desde un enfoque psicológico, existen diversas aproximaciones teóricas que defienden los comportamientos de riesgo en el curso de la adolescencia, como la *búsqueda de sensaciones* relacionada con los rasgos de extraversión y psicoticismo; *sistema dopaminérgico sobreestimulado* responsable de los circuitos cerebrales del placer y de la recompensa; y por último, la *ausencia de*

adecuados mecanismos de inhibición conductual o impulsividad, pues las funciones cognitivas de regulación y ejecución están en proceso de maduración⁴.

En las últimas décadas han comenzado a cobrar importancia los aspectos socioemocionales en los procesos de aprendizaje. Surge, entonces, el concepto de educación emocional definido por Bisquerra-Alzina y Álvarez-Fernández⁵ como un proceso educativo, continuo, planificado y desarrollado a través de programas, con carácter de prevención primaria, dirigido a potenciar el desarrollo socioemocional; es decir, el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos socioemocionales como complemento indispensable en el desarrollo cognitivo⁶. Desde esta perspectiva, se contemplan las habilidades sociales como un elemento fundamental en los procesos de interacción, así como las emociones que, de forma implícita, dirigen capacidades superiores ejerciendo una gran influencia en procesos de aprendizaje y toma de decisiones.

En 1990, Salovey y Mayer⁶ acuñaron el término inteligencia emocional (IE) para referirse a la capacidad de una persona para percibir, entender y controlar sus emociones y las de los demás. Esta habilidad también permite guiar los pensamientos y las emociones de las personas para alcanzar beneficios que favorezcan a uno mismo y al entorno^{6,7}. Más tarde, los mismos autores, proponen el “Modelo de Cuatro Ramas” en el que se establecen como componentes de la IE: *atención a las emociones* (observar y contemplar su propia experiencia emocional), *claridad emocional* (identificar las emociones), *facilitación emocional del pensamiento* (integrar emoción-cognición) y *reparación del estado de ánimo* ^{5,8,9,10}.

Otro constructo que juega un papel de gran envergadura son las habilidades sociales (HHSS). Se definen como un conjunto de conductas o destrezas específicas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación⁵. Se trata de estrategias que se pueden enseñar, adquirir o mejorar mediante diferentes mecanismos de aprendizaje, así como por retroalimentación interpersonal y que contienen componentes verbales y no verbales, cognitivos, emocionales y fisiológicos^{2,11}.

Por último, si se amplía el marco teórico, se halla el constructo de las competencias socioemocionales (CSE) que, no solamente implica las características definidas en la IE y en las HHSS, sino que requiere, además, que las mismas sean valoradas como adecuadas en el contexto cultural en el que se manifiestan. Una de las conceptualizaciones más destacadas al respecto asocia las CSE con la demostración de autoeficacia⁵, clave en el manejo de procesos interpersonales que entrañan ciertas dificultades como la resolución de conflictos.

Frecuentemente, los adolescentes presentan un déficit de CSE, por lo que tienden a manifestar conductas disruptivas con características de impulsividad, agresividad y otros comportamientos antisociales. Además, estos jóvenes podrían actuar de forma pasiva en determinadas situaciones dejándose influenciar por otros, al mismo tiempo que no consiguen expresar sus necesidades, opiniones y sentimientos. Ambas circunstancias, conllevan a adoptar conductas que amenazan su salud desde el consumo de sustancias tóxicas o la práctica sexual insegura, hasta cuestiones más modestas como, por ejemplo, no aplicar protección solar. Por todo ello, se sugiere, que programas educativos e interactivos basados en la prevención de conductas de riesgo, así como aquéllos destinados a la promoción de competencias socioemocionales podrían regular estas situaciones. Estas intervenciones facilitarían la adquisición de conocimientos fidedignos sobre cuestiones relevantes de interés adolescente, así como la obtención de las destrezas necesarias para hacer frente de forma adecuada a situaciones complejas que puedan confrontar, por un lado, la necesidad por experimentar nuevas sensaciones y, por otro, el mantenimiento de la salud y el bienestar general.

La evidencia científica disponible sugiere que un nivel elevado de IE se correlaciona positivamente con una mejor salud física y mental que, a su vez se traduce en hábitos de vida saludables, mejor funcionamiento social y rendimiento escolar, y menor agresividad^{5,10}. Al contrario, un déficit en estas habilidades podría provocar una toma de decisiones más impulsiva y, por tanto, aumentar la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo para la salud como fumar, beber alcohol, prácticas sexuales de riesgo y otras conductas disruptivas^{8,9}.

En la mayoría de investigaciones al respecto se propone un catálogo de las dimensiones más afectadas por las conductas de riesgo en los adolescentes. En Estados Unidos, la Iniciativa Nacional para Mejorar la Salud de los Adolescentes clasificó los comportamientos de riesgo en cinco dominios: violencia, consumo de sustancias, salud mental, salud sexual y hábitos inadecuados que predisponen al desarrollo de enfermedades crónicas¹. Y es que es en esta etapa de la vida cuando se consolidan los hábitos relacionados con el cuidado de la salud que, en parte, depende de las oportunidades que se le presentan al adolescente; es decir, depende del entorno en el que se desenvuelve².

Desde hace décadas, los datos aportados por numerosos estudios epidemiológicos sobre conductas perjudiciales para la salud en la población adolescente son alarmantes. Según la última Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, la prevalencia de consumo en el último mes para alcohol, tabaco y cannabis es de 58.5%, 26.7% y 19.3%, respectivamente¹². Por otra parte, científicas de la OMS han publicado recientemente un estudio¹³ a nivel mundial sobre tendencias de actividad física en jóvenes de entre 11 y 17 años, el cual revela que en España el 76.6% no realizan la actividad diaria mínima establecida. Además, se observa una gran brecha de género, señalando peores cifras para las chicas. Este dato, por sí solo, ya sugiere posibles problemas de salud que podrían cronificar y ser comórbidos de otros tantos. Y es que el cuidado de la salud es una forma de vivir por lo que explorando cómo se manifiesta un solo factor como, en este caso, el ejercicio físico, se puede deducir que el entorno de los jóvenes españoles no promueve estilos de vida saludables.

En un estudio correlacional, de tipo transversal cuya muestra fue de 208 adolescentes de entre 12 y 17 años, se encontró que la presencia de habilidades sociales, como asertividad, comunicación, toma de decisiones y autoestima, y la adopción de conductas de riesgo están correlacionadas negativamente ($p < 0.05$)². Otro estudio similar, obtiene también que la asunción de riesgos es más baja cuando más alto es el nivel de habilidades sociales ($p < 0.05$)¹¹. De nuevo, un estudio correlacional que, a diferencia de los anteriores, trabajó con sujetos mayores de edad ($N=219$), estableció que las dimensiones claridad y

reparación emocional se relacionan de manera inversa con la probabilidad de participar en conductas de riesgo para la salud⁶.

Por otra parte, se dispone de un estudio de diseño cuasiexperimental, de medidas repetidas pretest-posttest, con grupo intervención y grupo control que implementó un programa para desarrollar la inteligencia emocional en 148 adolescentes de entre 13 y 16 años en el ámbito escolar. Los resultados evidenciaron un aumento significativo de la inteligencia emocional, así como en sesiones de seguimiento logrando, además un mejor manejo del estrés⁸. Resultados similares se encuentran en trabajos previos que operan con el desarrollo y promoción de competencias socioemocionales en los adolescentes y que utilizan el prestigioso “Programa INTEMO o Guía para mejorar la inteligencia emocional en los adolescentes”⁴.

Los resultados de una revisión sistemática sobre programas de entrenamiento socioemocional basados en inteligencia emocional, habilidades sociales o de contenido mixto, aplicados a niños y adolescentes, apoyan el objetivo perseguido por el presente estudio. En los 17 programas, las variables más estudiadas fueron competencia emocional y social, salud mental, agresividad y variables sociales grupales y, en la mayoría de los estudios al respecto, se evidenció efectividad de los programas, incluso a largo plazo³.

HIPÓTESIS

Los adolescentes entre 12 y 16 años pertenecientes al Instituto de Educación Secundaria (IES) Mediterráneo de San Antón (Cartagena), tras participar en un programa de educación en hábitos saludables y habilidades socioemocionales muestran una reducción en las conductas de riesgo para la salud.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Constatar un aumento en las habilidades sociales y una reducción en las conductas de riesgo para la salud en población adolescente entre 12 y 16 años, pertenecientes al IES Mediterráneo, ubicado en la Zona Básica de Salud (ZBS) de San Antón de Cartagena, tras una intervención educativa acerca de hábitos saludables y habilidades socioemocionales.

Objetivos específicos

- Identificar un aumento en el nivel de habilidades sociales, nivel de autoestima e inteligencia emocional percibida mediante la Escala de Habilidades Sociales (EHS), la Escala de Rosenberg y la escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), respectivamente, en los adolescentes tras la intervención educativa.
- Verificar una disminución en las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de tóxicos, prácticas sexuales no seguras y situaciones de conflicto interpersonal, mediante el cuestionario Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).
- Determinar si existe relación entre las conductas de riesgo y el nivel de habilidades sociales, nivel de autoestima e inteligencia emocional percibida, en los adolescentes tras la intervención educativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño

Estudio experimental de intervención comunitaria, un ensayo clínico aleatorizado con enmascaramiento único en el que, solamente, los sujetos menores de edad y sus padres, desconocerán el tratamiento recibido.

Población diana y población a estudio

La población diana sobre la que se pretenden generalizar los resultados obtenidos es aquella compuesta por adolescentes escolarizados de entre 12 y 16 años, perteneciente al Área II de Salud, Cartagena, del Servicio Murciano de Salud.

La población a estudio estará compuesta por adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria matriculados en el IES Mediterráneo en el período lectivo 2020-2021 que cumplan los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Firma de la declaración del Consentimiento Informado (Anexo 1) de los padres o representantes legales.
- Conocimiento y perfecta comprensión del castellano a nivel oral y escrito.

Criterios de exclusión:

- Estar participando en otro estudio de investigación con fines similares.
- Alumnos Erasmus.

Cálculo del tamaño de la muestra

Según la información facilitada desde la secretaría del IES Mediterráneo, en el curso escolar 2019-2020, hay 163 escolares matriculados en 1º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), 176 escolares en 2º de ESO, 126 en 3º de ESO y 130 en 4º de ESO, conformando una población total de 595 escolares.

Para obtener una muestra representativa y poder extrapolar los resultados obtenidos a la población diana, se ha calculado que, con un error máximo admitido de un 10% y un intervalo de confianza del 95%, se necesita una muestra de 83 escolares. Estimamos un 10% de pérdidas durante la realización del proyecto, por ello, aumentamos la muestra final a 92 estudiantes. Realizando una estratificación de la muestra por curso escolar, se necesitarán 52 escolares de 1º y 2º de ESO, y 40 entre 3º y 4º, que se dividirán aleatoriamente en un grupo intervención A (grupo control) y un grupo intervención B (grupo experimental). Para cada una de las intervenciones (A y B) habrá 46 escolares que, a su vez, para hacerlas más operativas, se organizarán en dos grupos: 26 escolares de 1º y 2º de ESO y 20 escolares de 3º y 4º de ESO.

Método de muestreo

La selección de la muestra se realizará de forma aleatoria estratificada y proporcional por curso y sexo, a través de una tabla de números aleatorios. De esta manera, se asegurará la participación significativa de todos los grupos de sujetos en el presente estudio.

Método de recogida de datos

En la recogida de datos se emplearán los instrumentos seleccionados para determinar de forma objetiva las variables de estudio en la investigación. Se aplicará el cuestionario HBSC, instrumento catalogado de Estudio Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para obtener una visión global de los estilos de vida en la adolescencia y, de esta forma, disponer de

orientaciones sobre cómo promocionar la salud en esta población. Este cuestionario, validado en español, explora 14 dimensiones, pero solamente se preguntará por aquellas relacionadas con el consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de otras sustancias y aquellas relacionadas con una sexualidad no responsable (Anexo 2), que son de interés para el objetivo del estudio.

Para determinar el nivel de autoestima se empleará la Escala de Rosenberg (Anexo 3), inicialmente validada en español solamente para su uso en adolescentes, aunque, en la actualidad, se ha generalizado. Es una herramienta muy útil debido a que se administra con gran rapidez; consta de 10 ítems de los cuales, cinco están enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada. Además, cuenta con una fiabilidad y validez elevadas (Test-retest 0.82-0.88; α de Cronbach 0.76-0.88).

También se aplicará la escala TMMS-24, (Anexo 4) para evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida, la cual se compone de 24 ítems puntuados en una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1= Nada de acuerdo, hasta 5= Totalmente de acuerdo), los cuales se agrupan en las siguientes dimensiones: *atención emocional* (α de Cronbach 0.89), *claridad emocional* (α de Cronbach 0.89) y *reparación emocional* (α de Cronbach 0.85).

Por último, se administrará la EHS (Anexo 5) con el objetivo de evaluar la asertividad y las habilidades sociales de los adolescentes. Este instrumento se compone por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de asertividad o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos se muestran en sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde “No me identifico en absoluto” hasta “Me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. A mayor puntaje global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos. La escala explora seis áreas: *autoexpresión en situaciones sociales*, *defensa de los propios derechos como consumidor*, *expresión de enfado o disconformidad*, *decir no y cortar interacciones*, *hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto*. Se trata de un instrumento con una alta validez (α de Cronbach 0.88).

Variables

Independientes:

- Sexo: variable cualitativa dicotómica categorizada en (M) masculino, (F) femenino.
- Curso académico: variable cualitativa ordinal definida por las categorías (1) 1º ESO, (2) 2º ESO, (3) 3º ESO, (4) 4º ESO.
- Actividad física a la semana: variable cuantitativa discreta categorizada en (1) nunca, (2) 1 o 2 veces, (3) 3 o 4 veces, (4) 5 veces o más.
- Estructura familiar: variable cualitativa nominal categorizada en (1) madre y padre, (2) sólo madre, (3) sólo padre, (4) madre y pareja, (5) padre y pareja, (6) abuelos, (7) otros (definir).
- Número de hermanos con los que convive: variable cuantitativa continua.
- Nivel cultural de los progenitores/tutores: variable cualitativa ordinal definida por las categorías (1) sin estudios, (2) estudios primarios, (3) estudios secundarios y/o FP, (4) estudios universitarios, (5) estudios de máster, (6) doctorado.
- Intervención recibida: variable cualitativa dicotómica categorizada en (A) intervención educativa sobre hábitos saludables, (B) intervención educativa sobre hábitos saludables y habilidades socioemocionales.

Dependientes:

- Frecuencia de las conductas de riesgo: consumo de tabaco/cannabis, consumo de alcohol y sexualidad no responsable. Esta variable tomará diferentes valores en función de la conducta a la que haga referencia según las respuestas establecidas en el HBSC.
- Nivel de autoestima: variable cualitativa ordinal definida por las categorías (1) baja, (2) media, (3) elevada.
- Nivel de inteligencia emocional intrapersonal percibida en cada una de sus dimensiones: variable cualitativa nominal categorizada en (1) debe mejorar, (2) adecuada, (3) excelente.

- Grado de habilidades sociales: variable cualitativa ordinal definida por las categorías (1) bajo, (2) medio, (3) alto.

Descripción de la intervención

Se realizará una visita al IES Mediterráneo en la cual se presentará el proyecto al equipo directivo y se planteará la posibilidad de aplicarlo en el centro. Así mismo, se justificará la importancia de que los adolescentes adquieran conocimientos sobre hábitos saludables y desarrollen habilidades socioemocionales que le sirvan de herramientas para afrontar situaciones de conflicto en cualquier esfera de la vida.

Una vez aprobada la realización de esta actividad por el Consejo Escolar se procederá a la aleatorización de la muestra de forma estratificada y proporcional, por sexo y curso, respectivamente. Se contactará telefónicamente con los padres/madres de los adolescentes seleccionados para preguntarles si autorizan su participación; se realizarán las llamadas telefónicas necesarias hasta completar el tamaño muestral indicado. A los padres y madres que acepten se les enviará, a través de correo electrónico/postal o de los adolescentes, la Hoja de Información al Participante (Anexo 6) y la declaración del Consentimiento Informado, para que conste por escrito la autorización de los representantes legales de los sujetos que vayan a participar.

Con los casos afirmativos se concertará una reunión en la cual podrán entregar el Consentimiento Informado debidamente firmado. Se explicarán los objetivos de la investigación y el procedimiento de intervención, y se dedicará un espacio de tiempo para la aclaración de dudas. En este mismo encuentro se expondrá el contenido de ambas intervenciones advirtiéndoles que en ningún momento conocerán a qué grupo pertenecerá el sujeto, intentando evitar posibles influencias que pongan en riesgo la validez del estudio. De la misma forma se mostrarán los instrumentos que se van a aplicar en el curso de la intervención, documentos que quedarán bajo la custodia de los investigadores que pondrán en marcha el programa.

Se proseguirá con la asignación de sujetos a la Intervención A y a la Intervención B, la cual se realizará de forma aleatoria mediante un programa informático donde cada sujeto tendrá la misma probabilidad de pertenecer a un grupo u otro.

La intervención A (control) consistirá en la aplicación de un programa de tres sesiones educativas, dirigidas a fomentar el conocimiento sobre hábitos de vida saludable, entre las que se incluirán temas relacionados con el consumo de tóxicos y sexualidad responsable. La intervención B (experimental), además de abarcar las tres sesiones de temática saludable expuesta en el grupo paralelo, contemplará tres sesiones más sobre promoción de habilidades socioemocionales. Cada intervención finalizará con una sesión de resolución de dudas que podrá dar lugar al debate grupal. En ambas intervenciones, A y B, el apartado de sexualidad responsable se tratará únicamente con los dos cursos superiores ya que los más jóvenes pueden carecer, aún, de conocimientos sobre la biología del aparato reproductor humano y presentar cierto grado de inmadurez cognitiva para la comprensión de ciertos conceptos. Las sesiones tendrán una duración aproximada de una hora, excepto aquéllas destinadas al desarrollo de habilidades socioemocionales que se extenderán hasta dos horas, pero todas tendrán una periodicidad semanal.

A lo largo del procedimiento se tomarán medidas pre y post intervención, así como de seguimiento. Antes de comenzar, tanto para la Intervención A como para la Intervención B, tendrá lugar una “sesión cero” en horario de tutoría, donde los sujetos cumplimentarán una parrilla de variables sociodemográficas (Anexo 7) y el cuestionario HBSC para conocer sus hábitos de vida y establecer una línea base para la dimensión conductual. Con el mismo fin, los sujetos que reciban la Intervención B, además, responderán a la Escala de Rosenberg, TMMS-24 y EHS. Esta acción no se volverá a repetir hasta pasado un mes tras la finalización del programa ya que, lo que se persigue evaluar es el impacto que ha tenido la aplicación del programa en el repertorio conductual de los sujetos.

El contenido de las sesiones queda recogido en el Anexo 8 para cada una de las intervenciones.

Descripción del seguimiento

A todos los grupos se les realizará un seguimiento a los 3, 7 y 12 meses con la intención de comprobar si el principal efecto esperado tras la intervención, es decir, una disminución de las conductas de riesgo para la salud de los participantes, se mantiene o no y en qué proporción, comparando los grupos de

la Intervención A y B, según edad y sexo. Para ello se empleará, una vez más, el cuestionario HBSC. Además, y solamente para los grupos que hayan recibido la Intervención B, también tendrá lugar una reevaluación de los constructos autoestima e inteligencia emocional, así como de las habilidades sociales.

Estrategia de análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo univariante mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables y se representarán mediante diagramas de barras. Puesto que se trata de muestras grandes, la distribución de los datos será normal y se calcularán los estadísticos adecuados para las variables cuantitativas: media y moda como medidas de tendencia central y desviación típica como medida de dispersión. Para la realización del contraste de hipótesis, se utilizará test Chi-cuadrado para variables cualitativas y el test t de Student para variables cuantitativas previa comparación de normalidad. Se establece un intervalo de confianza del 95% y un valor $p < 0.05$ para un contraste bilateral.

Programa estadístico utilizado

Los datos obtenidos del estudio serán procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 25.0 para Windows.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

En primer lugar, es importante aclarar que el foco de atención no recae únicamente en la implementación de este tipo de intervenciones, sino en la evaluación de las mismas. Esta última fase permitiría comprobar la eficacia de dichos programas y si los resultados son acordes a los esperados o revelan alguna novedad.

La trascendencia de este trabajo reside en capacitar a los adolescentes en materia de autocuidado y desarrollo de competencias socioemocionales que contribuyan a promover un óptimo estado de salud. En este sentido, con los resultados se podrían identificar de forma objetiva el grado de implicación de las habilidades sociales en la realización de determinadas conductas. Por otra parte, las conclusiones al respecto podrían hacer reflexionar a los profesionales de atención primaria sobre la necesidad de orientar a los adolescentes en el desarrollo positivo y en la prevención de conductas de riesgo. De la misma

manera, serviría también para que los padres/madres tomaran conciencia de lo importante que resulta proveer a los jóvenes de información veraz y actualizada acerca de temas relacionados con hábitos de vida saludable. Además, se podría averiguar qué cuestiones reportan más desconocimiento en los jóvenes y, por lo tanto, requieren más atención por parte de los profesionales que impartan estos contenidos. A lo sumo, se podría contribuir a esclarecer los factores que intervienen en la realidad de este tipo de comportamientos permitiendo un aprendizaje significativo sobre la relación de habilidades sociales y conductas de riesgo en los adolescentes.

Por último, la puesta en marcha de este proyecto y el análisis de sus resultados podrían servir de avance para la comunidad científica interesada en este ámbito de la salud, donde cabría la presencia de profesionales de atención primaria, psicólogos y profesores. Así mismo, serviría para hacer un llamamiento a la coordinación entre el sector salud y el sector educación para promover estilos de vida saludable en los jóvenes de forma precoz con la participación de un equipo multidisciplinar.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se han realizado búsquedas en las bases de datos Cuiden, Pubmed, Cochrane, Lilacs, Medline, Psycodoc, PsycINFO y Psychology & Behavioral Sciences Collection. Las palabras clave utilizadas han sido: Adolescente (Adolescent), Conducta de Riesgo (Risk-taking), Educación para la Salud (Health Education), Habilidades Sociales (Social Skills), Autoestima (self concept) e Inteligencia Emocional (Emotional Intelligence), todas ellas indexadas en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y unidas entre sí mediante los operadores booleanos AND, OR, NOT. Como criterios para la búsqueda de documentos de carácter científico se han establecido: fecha de publicación desde 2015 en adelante y divulgación en cualquier idioma. En una primera fase se seleccionaron fuentes documentales en cuyo título o resumen se hiciera mención a algún concepto clave relacionado con la hipótesis y objetivos de este proyecto, por lo que se obtuvieron un total de 29 trabajos de investigación. Posteriormente, se ha optado por la elección de 17 de ellos para la elaboración del presente proyecto de investigación.

CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

El presente proyecto de investigación se estructura en las siguientes fases:

1ª Fase: PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO (desde marzo a mayo de 2020).

- Descripción de la hipótesis.
- Establecimiento de objetivos.
- Revisión bibliográfica acerca del estado actual del tema.
- Diseño metodológico.

2ª Fase: SOLICITUD Y PREPARACIÓN (desde octubre a diciembre de 2020)

- Presentación del proyecto a los IES Mediterráneo de la ZBS.
- Reunión explicativa dirigida a los padres/madres de los sujetos que van a participar en el estudio.
- Formación de profesionales que impartirá las sesiones educativas.
- Obtención de recursos necesarios para la puesta en marcha del proyecto.

3ª Fase: IMPLEMENTACIÓN (desde diciembre de 2020 hasta marzo de 2022)

- Asignación aleatoria a las intervenciones A y B.
- Recogida de datos sociodemográficos.
- Evaluación inicial de las variables estadísticas a través los instrumentos ya definidos.
- Aplicación de las sesiones educativas en ambas intervenciones.
- Evaluación postratamiento y evaluaciones de seguimiento.

4ª Fase: ANÁLISIS DE DATOS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS (abril y mayo de 2022).

- Tabulación, análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos.
- Interpretación y comparación de los resultados con estudios similares.
- Elaboración de un informe final con las conclusiones al respecto.
- Difusión de los datos obtenidos.

El cronograma se expone en forma de tabla en el Anexo 9.

LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

La primera limitación que probablemente se encontraría para poner en marcha el estudio sería la negativa de los padres ante la participación de sus hijos en el programa. Además de que la actividad está incluida en un contexto experimental en el cual, los padres y madres han de otorgar su consentimiento para participar en la investigación, se halla el veto parental para ciertos contenidos que se planifica tratar con la población adolescente en las aulas. Por esta razón, se invitaría a participar a todos los sujetos necesarios hasta completar la muestra establecida. En relación con lo expuesto anteriormente, se debe tener en cuenta la posible pérdida de sujetos a lo largo del procedimiento, incluido durante el seguimiento, debido a una revocación del consentimiento por parte de los tutores legales, cambio de centro escolar o finalización de estudios académicos. Con respecto a éste último punto y haciendo alusión a los alumnos de 4º curso que comiencen el programa, se intentará continuar con la fase de seguimiento en aquéllos que hayan promocionado a los estudios de bachillerato, así como en los que hayan dado por finalizados sus estudios, en este caso, mediante contacto telefónico.

Por otro lado, podría darse un sesgo de información en el caso de que los datos recogidos en los instrumentos estén incompletos o no sean totalmente verídicos, contemplándose las respuestas de los sujetos desde una perspectiva de deseabilidad social. Para minimizar la magnitud de este hecho, se aclarará en todo momento que los datos se manejarán con carácter de privacidad asegurando la intimidad de los sujetos.

A pesar de que se trabaja con una muestra grande, la extrapolación de los resultados a poblaciones distintas de la de estudio se puede ver limitada ya que los sujetos pertenecen a un único centro escolar ubicado en una zona concreta de la ciudad de Cartagena donde el entorno cultural puede ser determinante. Si las conclusiones halladas confirmaran la hipótesis planteada, se podría proponer la realización del presente estudio en un contexto más ambicioso, aplicándolo en diversos centros, para comprobar la validez externa de los resultados.

En cuanto a las limitaciones que se podrían hallar con respecto a la disponibilidad de los recursos humanos, podría darse un déficit de conocimientos acerca de la

materia por parte del personal sanitario encargado de impartir las sesiones ya que pueden no estar muy familiarizados con la temática o con la aplicación de intervenciones de este tipo. Para ello, se ha establecido un periodo de formación en el que se tratará cada uno de estos aspectos. Así mismo, se deberá tener en cuenta la interferencia entre el trabajo desarrollado en el centro habitual de trabajo y el desarrollo de las intervenciones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación se rige según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley Orgánica y por lo estipulado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Así como, por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, garantizando en todo momento la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos y la autonomía de las personas participantes en el proyecto, que previamente a su inclusión en el mismo, sus padres o tutores deberán leer el documento informativo de participación en el estudio (Hoja de información) y dar su autorización de participación firmando el pertinente documento (consentimiento informado), que en cualquier momento podrá ser revocado sin tener que dar explicaciones.

Previo a la puesta en marcha de este proyecto de investigación, se solicitará al Consejo Escolar y a la Dirección del IES Mediterráneo, la aprobación del mismo y su indispensable colaboración.

PERSONAL QUE PARTICIPARA EN EL ESTUDIO

El proyecto será desarrollado por los siguientes profesionales:

Graduada en Enfermería, Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, investigadora principal del proyecto, que asumirá las gestiones para el desarrollo del proyecto y participará en las sesiones de Educación para la Salud.

Se va a precisar la colaboración de un/a Psicólogo/a Clínico/a del Centro de Salud Mental del Área II del Servicio Murciano de Salud para impartir las

sesiones dedicadas al desarrollo de habilidades socioemocionales, y dos Enfermeros/as, especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria o no, del Centro de Salud de San Antón de Cartagena, quienes se encargarán de ejecutar el espacio del programa destinado al aprendizaje sobre hábitos de vida saludables.

INSTALACIONES, INSTRUMENTACIÓN

- Base de datos para la recogida de datos.
- Ordenador.
- Proyector.
- Cuestionarios.
- Bolígrafos/lápices
- Biblioteca o aula similar con capacidad para 26 personas.

PRESUPUESTO

Para la puesta en marcha del presente proyecto, se estima que serán necesarios los siguientes recursos económicos:

RECURSOS HUMANOS	PRESUPUESTO
PERSONAL SANITARIO ^(*)	0€
RECURSOS MATERIALES	PRESUPUESTO
ORDENADOR ^(**)	0
PROYECTOR ^(**)	0
FOTOCOPIAS CUESTIONARIOS	50 €
PUBLICACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS ^(***)	PRESUPUESTO
TRADUCCIÓN	250 €
INSCRIPCIÓN CONGRESOS	250 €
PUBLICACIÓN REVISTAS	250 €
TOTAL EUROS	800€

(*). Tanto la investigadora principal como el resto de profesionales no percibirán ningún tipo de compensación económica por su participación en el proyecto.

(**) Lo aportará el IES o la investigadora principal.

(***) Se buscarán fuentes de financiación en convocatorias de organismos públicos y privados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paredes-Iragorri MC, Patiño-Guerrero LA. Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes. Univ. Salud. [Internet]. 2020 [citado el 9 de abril de 2020]; 2(1):58-69. Recuperado a partir de: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3787>
2. Rivera NC, Zavaleta GC, Cueva FE (dir). Habilidades sociales y conductas de riesgo en adolescentes escolarizados. Institución Educativa Torres Araujo, Trujillo [tesis en Internet]. [Trujillo, Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015 [citado el 4 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <http://200.62.226.186/handle/upaorep/1666>
3. Cacho ZV, Silva MG, Yengle C. El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. Transformación [internet]. 2019; [citado el 10 de abril de 2020]15(2). Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S207729552019000200186&lng=es&nrm=iso&tlng=en
4. Alcázar MA, Verdejo A, Bouso JC, Ortega J. Búsqueda de sensaciones y conducta antisocial. Anuario de Psicología Jurídica. [Internet]. 2015. [citado el 3 de marzo de 2020]; 25: 75–80. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/pdf/3150/315040291010.pdf>
5. Rubiales J, Russo D, Paneiva JP, González R. Revisión sistemática sobre los programas de Entrenamiento Socioemocional para niños y adolescentes de 6 a 18 años publicados entre 2011 y 2015. Revista Costarricense de Psicología. [Internet]. 2018 [citado el 6 de abril de 2020]; 37(2):163-186. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6771033>
6. Sigüenza VS, Carballido R, Pérez A, Fonseca E. Implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional en adolescentes. Universitas Psychologica [Internet]. 2019; [citado el 9 de abril de 2020]; 18(3): 1-13. Recuperado a partir de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/20359>

7. Calero AD, Barreyro JP, Formoso J, Injoque-Ricle I. Emotional intelligence and frequency of alcohol use during adolescence. *Health and Addictions*. [Internet]. 2019. [citado el 9 de abril de 2020]; 19(1); 60-69. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/330812384_Emotional_intelligence_and_frequency_of_alcohol_use_and_during_adolescence
8. Sánchez MT, Megías A, Gómez R, Gutiérrez MJ, Fernández P. Relación entre la inteligencia emocional percibida y el comportamiento de riesgo en el ámbito de la salud. *Escritos de Psicología - Psychological Writings* [Internet]. 2018; [citado el 2 de marzo de 2020]; 11(3): 115-123. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271058070002>
9. Acebes J, Díez I, Esteban S, Rodríguez G. Physical activity and emotional intelligence among undergraduate students: a correlational study. *BMC Public Health*. [Internet]. 2019; [citado el 6 de abril de 2020]. 19 (1241): 1-7. Recuperado a partir de: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7576-5>
10. Sarrionandia A, Garaigordobil M. Efectos de un programa de inteligencia emocional en factores socioemocionales y síntomas psicósomáticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2017; [citado el 10 de abril de 2020]. 49, 110-118. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-articulo-efectos-un-programa-inteligencia-emocional-S0120053416300553>
11. Mamani JB, Pineda HC (dir). *Habilidades sociales y conductas de riesgo en los adolescentes escolares de la Institución Educativa Secundaria José Antonio Encinas, Juliaca*. [tesis en Internet]. [Puno, Perú]: Universidad Nacional del Altiplano; 2017 [citado el 4 de marzo de 2020]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/5538>
12. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (España); 2019 [citado 10 de abril de 2020]. Recuperado a partir de:

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf

13. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1,6 million participants. Lancet Child Adolesc Health. [Internet]. 2020. [citado el 9 de abril de 2020]. 4; 23-35. Recuperado a partir de: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2819%2930323-2>

14. Gismero E. Escala de Habilidades Sociales, EHS. [Internet]; Madrid. 2000. [citado el 5 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: https://kupdf.net/download/ehs-escala-de-habilidades-sociales-degismeroadaptaci-oacute-n-peruana_58cb2411dc0d607913c3460a_pdf

15. Rosenberg M. Society y la autoimagen adolescente. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. [citado el 4 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>

16. Fernandez-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. Psychol Rep. 2004;94(3 Pt 1):751-755. [citado el 5 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: <https://psicologiaveracruz.files.wordpress.com/2016/02/trait-meta-mood-scale-tmms-24.pdf>

17. Moreno C, Ramos P, Rivera F, García I, Jiménez A, Sánchez I et al. Cuestionario HBSC 2014 – España [Internet]. Universidad de Sevilla. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [citado el 4 de mayo de 2020]. Recuperado a partir de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Cuestionarios/HBSC2014_Cuestionario_Alumnado.pdf

ANEXOS

Anexo 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI nº _____, teléfono de contacto _____ y como padre, madre o tutor legal de _____

DECLARO QUE:

Que D./Dña. _____, Enfermero/a con nº Colegiado/a: _____, me informa de la posibilidad de formar parte del estudio de investigación "Intervención educativa en adolescentes sobre competencias socioemocionales y hábitos saludables: impacto en las conductas de riesgo para la salud", y, previamente, se me ha informado del tipo y contenido del trabajo, su fundamento científico, de los objetivos y beneficios que puedo obtener.

Que comprendo y acepto que durante el desarrollo del mismo pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión o variación del programa original.

Que soy consciente de la voluntariedad de mi participación.

Que al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado, en un lenguaje claro y sencillo, y que comprendo perfectamente su contenido.

Que se me han dado amplias oportunidades de formular todas las preguntas y aclarar dudas que me han surgido, y que todas han sido respondidas o explicadas de forma satisfactoria.

Por ello manifiesto mi satisfacción con la información recibida y que comprendo los compromisos adquiridos. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

En aceptar e iniciar mi participación en el Trabajo que se indica, sabiendo que puedo abandonar en el momento que lo desee, sin tener que dar explicación alguna.

_____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: El/la Enfermero/a

Fdo.: El/la padre/madre/tutor legal

REVOCACIÓN

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI nº _____, teléfono de contacto _____ y como padre, madre o tutor legal de _____

Revoco el Consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo continuar con la participación, que doy por finalizada en el día de hoy.

_____, a ___ de _____ de 20__

Fdo.: El/la Enfermero/a

Fdo.: El/la padre/madre/tutor legal

Anexo 2: CUESTIONARIO HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

ACTIVIDAD FÍSICA

1. En los últimos 7 días, ¿en cuántos días te sentiste físicamente activo/a durante un total de al menos 60 minutos por día? (Te preguntamos por el tiempo total; es decir, no es necesario que hayan sido 60 minutos seguidos, puedes sumar los distintos momentos del día en que realizabas algún tipo de actividad física).

0 días	1 día	2 días	3 días	4 días	5 días	6 días	7 días

2. FUERA DEL HORARIO ESCOLAR: ¿Con qué frecuencia realizas alguna actividad física en tu tiempo libre que haga que llegues a sudar o te falte el aliento?

Todos los días	4-6 veces semana	2-3 veces semana	1 vez por semana	1 vez al mes	Menos de una vez al mes	Nunca

3. FUERA DEL HORARIO ESCOLAR: ¿Cuántas horas a la semana sueles realizar alguna actividad física que haga que llegues a sudar o te falte el aliento durante tu tiempo libre?

Ninguna	½ hora aprox.	1 hora aprox.	De 2 a 3 horas aprox.	De 4 a 6 horas aprox.	7 horas o más

CONDUCTAS DE RIESGO

1. ¿Cuántos días (si existe alguno) has fumado cigarrillos? Por favor, marca una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días
En tu vida							
En los últimos 30 días							

2. ¿Con qué frecuencia fumas tabaco en la actualidad?

- ☐ Todos los días
- ☐ Al menos una vez a la semana, pero no todos los días.
- ☐ Menos de una vez a la semana.
- ☐ No fumo.

3. ¿Cuántos días (si existe alguno) has bebido alcohol? Por favor, marca una casilla para cada línea.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días
En tu vida							
En los últimos 30 días							

4. Actualmente, ¿con qué frecuencia bebes algo de alcohol como, por ejemplo, cerveza, vino o licores, como la ginebra o el whisky? Cuenta incluso aquellas veces en que solo bebes una pequeña cantidad. Por favor, señala una casilla en cada fila.

	Todos los días	Todas las semanas	Todos los meses	Rara vez	Nunca
Cerveza					
Vino					
Licores (ginebra, vodka, whisky) tomados solos o combinados con refresco ("un cubata")					
Combinados de refresco y alguna bebida alcohólica que se compran ya hechos en botellas o latas individuales					
Cualquier otra bebida que contenga alcohol.					

5. ¿Alguna vez has bebido tanto alcohol que te has llegado a emborrachar? Por favor, marca una casilla para cada línea.

	No, nunca	Sí, una vez	Sí, 2-3 veces	Sí, 4-10 veces	Sí, más de 10 veces
En tu vida					
En los últimos 30 días					

6. ¿Fuma alguna de las siguientes personas? Por favor marca una casilla para cada línea.

	Fuma diariamente	Fuma algunas veces	No fuma	No lo sé	No tengo o no veo a esta persona
Madre					
Padre					
Hermano/a					
Mejor amigo/a					

7. ¿Has tomado alguna vez cannabis (hachís o marihuana, “porros”)? Por favor, rellena una casilla por cada fila.

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días
En tu vida							
En los últimos 30 días							

8. ¿Has tomado una o varias de estas drogas en tu vida?

	Nunca	1-2 días	3-5 días	6-9 días	10-19 días	20-29 días	30 días
Éxtasis, pastillas, MDMA...							
Anfetaminas o speed							
Opiáceos (heroína, metadona)							
Medicamentos para colocarse							
Cocaína							
LSD (ácido, tripi, alucinógenos)							
Pegamento o disolventes							
Otras drogas ¿Cuáles? _____							

9. ¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes cosas? Si hay algo que no has hecho nunca, elige la categoría “Nunca”.

	Nunca	11 años o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años
Beber alcohol (algo más que probarlo o dar un trago)							
Emborracharte							
Fumar un cigarrillo (más que una calada)							
Cannabis							

10. ¿Cuántas veces has hecho o participado en algunas de las siguientes cosas desde el comienzo del curso?

	Nunca	Una vez	Dos o más veces
Evitar pagar por cosas como películas, billetes de autobús o tren, o comida			
Pintarrajar en el edificio de tu colegio o instituto, dentro o fuera, o en cosas pertenecientes a tu colegio o instituto.			
Robar dinero u otras cosas a los miembros de tu familia.			
Maldecir a un profesor.			
Llevarse sin pagar cosas que valen menos de 20-25 euros de una tienda.			
Saltarse una o dos clases.			
Destrozar o romper cosas a propósito como ventanas, bancos, cabinas de teléfono o buzones de correos.			
Coger sin permiso una bicicleta o un ciclomotor que no te perteneciera.			
Saltarse el colegio o el instituto durante un día entero.			
Tener una discusión violenta con un profesor/a			
Firmar con el nombre de otra persona para conseguir dinero u otras cosas que querías.			
Romper sillas, mesas, escritorios u otras cosas de tu colegio o instituto a propósito.			
Destrozar asientos en un autobús, un cine o en otros lugares intencionalmente.			
Llevarse sin pagar cosas que valen más de 25 euros de una tienda.			
Asaltar una tienda, casa o apartamento y coger algo.			
Forzar un cajero de parking o una caja de monedas de un teléfono público.			
Robar una cartera o un bolso mientras el propietario no está cerca.			

SALUD SEXUAL

1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales completas? (algunas veces a esto se le llama “hacer el amor”, “practicar sexo”, “hacerlo todo” o “llegar hasta el final”).

- ☐ Si
- ☐ No

2. La última vez que tuviste relaciones sexuales completas, ¿qué método utilizasteis tú o tu pareja?

- ☐ No he tenido nunca relaciones sexuales.
- ☐ No utilizamos ningún método para prevenir un embarazo

Por favor, marque la casilla que convenga:

	SI	NO
Píldoras (pastillas anticonceptivas)		
Preservativos		
“Marcha atrás”		
Algún otro método		
No estoy seguro/a		

3. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas en tu vida?

- ☐ No he tenido nunca relaciones sexuales completas
- ☐ 1 persona
- ☐ 2 personas
- ☐ 3 personas
- ☐ 4 personas
- ☐ 5 personas
- ☐ 6 o más personas

4. ¿Cuántas veces has estado embarazada o dejado a alguien embarazada? Señala solo una opción

- ☐ Nunca
- ☐ 1 vez
- ☐ 2 o más veces
- ☐ No estoy seguro o no estoy segura

5. Para chicas: ¿Has tomado alguna vez la “píldora del día después”?

- ☐ No, nunca
- ☐ Sí, 1 vez
- ☐ Sí, 2 veces
- ☐ Sí, 3 veces o más

6. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual completa?

- ☐ No he tenido nunca relaciones sexuales completas
- ☐ 11 años o menos
- ☐ 12 años
- ☐ 13 años
- ☐ 14 años
- ☐ 15 años
- ☐ 16 años



Anexo 3: ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Nombre y apellidos: _____

Curso: _____ Fecha: _____

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo

B. De acuerdo

C. En desacuerdo

D. Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual que los demás.	A	B	C	D
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	A	B	C	D
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	A	B	C	D
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	A	B	C	D
5. En general, estoy satisfecho/a de mí mismo/a.	A	B	C	D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a	A	B	C	D
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.	A	B	C	D
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a	A	B	C	D
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	A	B	C	D
10. A veces creo que no soy buena persona.	A	B	C	D

Anexo 4: TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS-24)

Adaptación de Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995)

Nombre y apellidos: _____

Curso: _____ Fecha: _____

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con un círculo la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Presto mucha atención a los sentimientos	1	2	3	4	5
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	1	2	3	4	5
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	1	2	3	4	5
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	1	2	3	4	5
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9. Tengo claros mis sentimientos	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11. Casi siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	1	2	3	4	5
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22. Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo	1	2	3	4	5
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz	1	2	3	4	5
24. Cuando estoy enfadado intento que se me pase	1	2	3	4	5

Anexo 5: ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS)

**Autora: Elena Gismero González. Universidad Pontificia Comillas (Madrid).
Facultad de Filosofía y letras, sección psicología.**

Nombre y apellidos: _____

Curso: _____ Fecha: _____

Anote sus respuestas rodeando la letra de la alternativa que mejor se ajuste a su modo de ser o de actuar. Compruebe que rodea la letra en la misma línea de la frase que ha leído.

A - No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre/ no lo haría.

B - Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.

C - Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.

D - Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido	A	B	C	D
2. Me cuesta telefonear a tiendas, oficinas, etc.	A	B	C	D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A	B	C	D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo	A	B	C	D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle <No>.	A	B	C	D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado	A	B	C	D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A	B	C	D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A	B	C	D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A	B	C	D
10. Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A	B	C	D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A	B	C	D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A	B	C	D

13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A	B	C	D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla	A	B	C	D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A	B	C	D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto	A	B	C	D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta	A	B	C	D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A	B	C	D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A	B	C	D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A	B	C	D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo	A	B	C	D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado	A	B	C	D
23. Nunca sé cómo <cortar> a un amigo que habla mucho	A	B	C	D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	A	B	C	D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A	B	C	D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor	A	B	C	D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A	B	C	D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que el gusta algo de mi físico	A	B	C	D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.)	A	B	C	D
30. Cuando alguien se me <cuela> en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A	B	C	D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados	A	B	C	D
32. Muchas veces prefiero ceder, callarme o quitarme de en medio para evitar problemas con otras personas	A	B	C	D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me agrada, pero que me llama varias veces.	A	B	C	D

Anexo 6: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del Estudio: “Intervención educativa en adolescentes sobre competencias socioemocionales y hábitos saludables: impacto en las conductas de riesgo para la salud”

Investigadora Principal: Dña. Estela Galindo Zapata, especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Lea con calma la información que a continuación le proporcionamos y que le permitirá decidir si quiere o no participar. No es necesario que dé una respuesta en este momento, puede llevarse esta información que le proporcionamos y valorarla con calma. Puede hacer cuantas preguntas quiera; se resolverán todas las dudas que respecto al estudio puedan surgirle. Su participación es completamente voluntaria y si decidiera no participar, su decisión será ejercida en pleno derecho.

¿Por qué se realiza este estudio? Los adolescentes tienden a manifestar conductas problemáticas con características de impulsividad, así como de agresividad y, con frecuencia, se dejan influenciar por otros sin expresar sus necesidades, opiniones y sentimientos. Todo ello conlleva a adoptar conductas que amenazan la salud como el consumo de sustancias tóxicas o la práctica sexual insegura. Por todo ello, se sugiere, que programas educativos e interactivos basados en la prevención de conductas de riesgo, así como aquéllos destinados a la promoción de competencias socioemocionales podrían regular estas situaciones.

¿Cuál es el objetivo del estudio? Comprobar que intervenciones educativas a cerca de hábitos saludables y habilidades socioemocionales, dirigidas a la población adolescente, podrían reducir diversas conductas de riesgo para la salud.

¿Cómo se va a realizar el estudio? Para la realización del estudio se formarán dos grupos de sujetos. La asignación a uno u otro grupo se realizará al azar (todos tendrán las mismas posibilidades de ser incluido en uno u otro grupo), para asegurarnos de que ambos grupos son similares. Usted no sabrá qué grupo le corresponde a su hijo/a para evitar influencias de cualquier índole. Una vez formados los grupos se le indicará día y hora de inicio. Las intervenciones se llevarán a cabo en el centro escolar, en el cual, el menor está matriculado. Posteriormente, se le hará un seguimiento presencial al mes, los 3, 7 y 12 meses, en el que cumplimentará los cuestionarios iniciales y, al finalizar, un cuestionario de satisfacción.

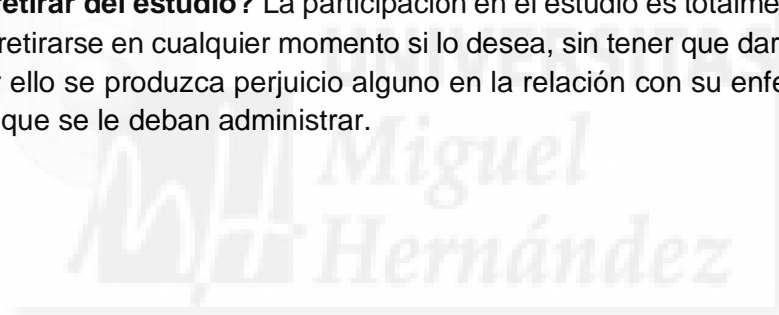
¿Qué beneficios se pueden obtener por participar en este estudio? Se podría averiguar qué cuestiones procuran más desconocimiento entre los jóvenes y, por lo tanto, requieren más atención por parte de los profesionales sanitarios. Serviría para que los padres/madres tomaran conciencia de lo importante que resulta proveer a los jóvenes de información veraz y actualizada acerca de temas relacionados con hábitos de vida saludable, minimizando el veto parental sobre conocimientos necesarios para promover niveles óptimos de salud. Además, se podría averiguar cuáles son los factores que intervienen en estos comportamientos permitiendo un aprendizaje significativo sobre la relación de habilidades sociales y conductas de riesgo en los adolescentes.

¿Qué riesgos y/o molestias se pueden sufrir por participar en el estudio? La participación en el presente estudio no supone ningún riesgo para su salud, ya que se trata de una intervención educativa. Las pruebas que se hacen para comprobar si se ha producido una reducción en las conductas de riesgo para la salud, en ningún caso le producirán efectos negativos ni son dolorosas al/a la menor

¿Qué datos se van a recoger? Se recogerán datos personales (edad, sexo, estructura familiar, número de hermanos con los que convive, nivel educativo de los padres/madres/tutores) así como datos sobre su nivel de actividad física, grado de participación en conductas de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas y prácticas sexuales no responsables, nivel de autoestima, de inteligencia emocional y de habilidades sociales. Estos registros se realizarán al inicio de la intervención y en las sesiones de seguimiento presencial.

¿Cómo se tratarán los datos y cómo se preservará la confidencialidad? Atendiendo a la normativa vigente en materia de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal) todos sus datos se tratarán confidencialmente por personas relacionadas con la investigación y obligadas por el deber de secreto profesional. No se utilizará su nombre y apellidos para guardar junto con la información registrada.

¿Me puedo retirar del estudio? La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted podrá retirarse en cualquier momento si lo desea, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se produzca perjuicio alguno en la relación con su enfermera/o ni en los cuidados que se le deban administrar.



Estela Galindo Zapata

Investigadora Principal

Móvil: 620325775

Correo-e: estelagalindo4.0@gmail.com

Anexo 7: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo:

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

2. Fecha de nacimiento: ____/____/____

3. Curso: ____ E.S.O

4. Estructura familiar (señala todas las opciones que consideres):

- ☐ madre y padre
- ☐ sólo madre
- ☐ sólo padre
- ☐ madre y pareja
- ☐ padre y pareja
- ☐ abuelos/as
- ☐ hermanos/as Nº de hermanos: ____
- ☐ otros (especificar): _____

5. Nivel educativo de los progenitores/tutores:

- ☐ sin estudios
- ☐ estudios primarios
- ☐ estudios secundarios y/o formación profesional (FP)
- ☐ estudios universitarios
- ☐ estudios de máster
- ☐ estudios de doctorado.

Anexo 8: CONTENIDO DE LAS SESIONES

INTERVENCIÓN A

SESIONES	CONTENIDOS	ESTRATEGIA
1. Tabaco y cannabis	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nicotina y otros componentes. ○ Efectos sobre el organismo. ○ Beneficios de no fumar ○ Influencia social. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición ○ Video y discusión ○ Lección. ○ Toma de decisiones
2. Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mitos y creencias erróneas ○ Efectos sobre el organismo. ○ Consecuencias sociales. ○ Influencia social. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición ○ Video y discusión ○ Lección. ○ Toma de decisiones
3. Sexualidad responsable	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conocimientos sobre sexualidad ○ Infecciones de transmisión sexual. ○ Embarazo no deseado. ○ Métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Análisis. ○ Lección con debate ○ Toma de decisiones ○ Lección
4. Resolución de dudas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Resolución de dudas: preguntas anónimas. ○ Evaluación satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Investigación: preguntas abiertas. ○ Discusión.

INTERVENCIÓN B

SESIONES	CONTENIDOS	ESTRATEGIA
Sesiones 1, 2 y 3	<ul style="list-style-type: none"> ○ INTERVENCIÓN A 	
4. Habilidades de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Petición y realización de favores. ○ Agradecer y disculparse. ○ Lenguaje no verbal. ○ Conducta asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición ○ Modelado ○ Ensayo conductual ○ Reforzamiento
5. Expresar y recibir emociones	<ul style="list-style-type: none"> ○ Reconocer emociones. ○ Expresión adecuada. ○ Empatía. ○ Regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición ○ Modelado ○ Ensayo conductual ○ Reforzamiento
6. Estrategias de Afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Toma de decisiones. ○ Solución de problemas. ○ Autoeficacia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Exposición ○ Modelado ○ Ensayo conductual ○ Reforzamiento
7. Resolución de dudas.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Resolución de dudas: preguntas anónimas. ○ Evaluación satisfacción. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Investigación: preguntas abiertas. ○ Discusión.

Anexo 9: CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE 2021	FEB 2021	ABR 2021	JUN 2021	OCT 2021	MAR 2022
Solicitud de aprobación al Comité de Investigación Clínica.									
Presentación del proyecto al instituto IES Mediterráneo									
Formación de profesionales.									
Contacto telefónico padres y reunión explicativa.									
Asignación aleatoria a ambos grupos. Cumplimentación cuestionarios. Análisis de datos.									
Aplicación intervenciones A y B.									
Evaluación postratamiento.									
Evaluaciones de seguimiento.									